

Les femmes et la politique de santé mentale

Nancy Guberman

Volume 15, numéro 1, juin 1990

Les Québécoises : dix ans plus tard

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/031542ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/031542ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Guberman, N. (1990). Les femmes et la politique de santé mentale. *Santé mentale au Québec*, 15(1), 62–84. <https://doi.org/10.7202/031542ar>

Résumé de l'article

Cet article analyse la politique québécoise de santé mentale à partir des principales articulations d'une lecture féministe. La critique de la politique se fait en décryptant trois prémisses qui la sous-tendent et qui, de l'avis de l'auteure, sont défailantes. En effet, sur la base de ces prémisses, la politique occulte les différences de sexe et de genre et leur impact sur la santé/maladie mentale. Elle s'inscrit aussi dans une tendance "naturaliste" face aux bienfaits de la famille pour l'insertion sociale des psychiatisés-es. Finalement, la politique propose un partenariat tronqué avec les groupes de femmes. L'auteure soulève les limites et les dangers de la politique pour les femmes et les groupes de femmes et questionne les rapports que les services féministes entretiennent avec l'État.

Les femmes et la politique de santé mentale

Nancy Guberman*

Cet article analyse la politique québécoise de santé mentale à partir des principales articulations d'une lecture féministe. La critique de la politique se fait en décryptant trois prémisses qui la sous-tendent et qui, de l'avis de l'auteure, sont défailtantes. En effet, sur la base de ces prémisses, la politique occulte les différences de sexe et de genre et leur impact sur la santé/maladie mentale. Elle s'inscrit aussi dans une tendance « naturaliste » face aux bienfaits de la famille pour l'insertion sociale des psychiatisé-es. Finalement, la politique propose un partenariat tronqué avec les groupes de femmes. L'auteure soulève les limites et les dangers de la politique pour les femmes et les groupes de femmes et questionne les rapports que les services féministes entretiennent avec l'État.

Cet article a été rédigé à la demande du comité de rédaction de la revue *Santé mentale au Québec*, afin d'analyser la politique québécoise de santé mentale d'un point de vue féministe. On m'a demandé de tenir compte, dans mon analyse, des attentes des participants-es aux colloques sur la santé mentale et les femmes tenus en 1980, 81 et 82, dans le but d'évaluer la nouvelle politique en tant que réponse à ces attentes. Mes propres préoccupations liées à mes recherches sur la désinstitutionnalisation et son effet sur la vie des femmes, notamment sur celles qui doivent prendre en charge des personnes désinstitutionnalisées dans les familles et dans les communautés, alimentent les propos qui suivent.

Je ferai dans cet article :

- un bref rappel du contenu des colloques sur les femmes et la santé mentale, ainsi que des attentes formulées à l'égard du gouvernement et du système de soins, tels qu'on les retrouve non pas dans l'ensemble des analyses et pratiques féministes, mais dans les actes de ces colloques¹ ;
- un court résumé de la politique de santé mentale ;
- enfin, une critique ayant trait aux thèmes suivants : la place des femmes qui vivent des problèmes de santé mentale, la place des familles dans la prise en charge des psychiatisé-es, et finalement la place accordée aux groupes de femmes œuvrant dans ce domaine.

* L'auteure est professeure au département de Travail Social de l'UQAM. Elle remercie vivement Jocelyne Lamoureux pour ses nombreuses lectures attentives des diverses versions du texte et pour l'avoir enrichi de sa clarté politique. Elle remercie aussi F. David, M. Roy, F. Ménard et L. Dessureault d'avoir partagé avec moi leurs analyses et leurs expériences en politique de santé mentale. Par ailleurs, même si elles ont accepté d'être citées dans cet article, les points de vue qui s'y retrouvent n'engagent que l'auteure.

J'analyse la politique de santé mentale en employant principalement la méthodologie d'analyse du contenu. C'est-à-dire que je me limite à une analyse des conceptions qui, à mon avis, sous-tendent les discours qui se trouvent dans les documents publiés. Je ne m'arrête cependant pas à étudier les forces sociales déterminantes dans le développement de la politique. Pour fins d'analyse, je considère « l'État » comme l'auteur de la politique, étant toutefois consciente que ce procédé est réductionniste et ne tient pas compte de la complexité du processus de développement de la politique sociale. Cet article se limite cependant à saisir les principales articulations de ma lecture féministe de la politique.

Pour enrichir mon analyse et pour l'appuyer autant que possible d'exemples concrets tirés du vécu de femmes directement concernées par la politique, j'emploie du matériel colligé dans seize entrevues faites, dans le cadre d'une recherche que je mène actuellement², avec des personnes qui assument la prise en charge d'un-e proche psychiatisé-e. De plus, pour la rédaction de cet article, j'ai rencontré quatre intervenantes, soit : Françoise David, coordonnatrice de l'R des centres de femmes du Québec, Michèle Roy, coordonnatrice du Regroupement des centres de santé des femmes (au moment de l'entrevue), Fernande Ménard, directrice de la seule ressource alternative en santé mentale s'adressant spécifiquement aux femmes, et Lynne Dessureault du Centre des femmes de Verdun. Ces entrevues ont été accordées à titre individuel et n'impliquent pas les groupes dans lesquels travaillent ces femmes. Le choix de ces femmes a été motivé par le fait que, dans le mouvement des femmes, ce sont surtout, mais non exclusivement, les centres de femmes et les centres de santé qui se préoccupent de la question de la santé mentale des femmes, tandis qu'au Regroupement des ressources alternatives en santé mentale, on m'a référée à Mme Ménard à titre de porte-parole sur la question des femmes. Par ailleurs, il est clair que ces femmes ne représentent pas « le mouvement féministe » face à cette question.

Les critiques et les espoirs des années 80

Il y a dix ans, des centaines de femmes et d'hommes se sont rassemblés lors du colloque *Les femmes et la folie* organisé par la Corporation du Centre de santé mentale de Montréal, pour discuter de la problématique de la santé/maladie mentale des femmes. Au cours des deux années subséquentes, la Corporation a recidivé, ses colloques annuels portant sur le thème du rapport spécifique des femmes à la santé et à la maladie mentale. Les réflexions des participants-es à ces colloques étaient alors stimulées par leurs propres pratiques auprès des femmes et par la publication d'études américaines et québécoises sur le sujet comme *Va te faire soigner, t'es malade* (Guyon et al., 1980).

La lecture des actes du colloque fait, entre autres, émerger quatre principaux constats : la nécessité de considérer l'impact des variables de sexe et de genre sur la santé/maladie mentale des femmes, la sur-

représentation des femmes parmi la clientèle en psychiatrie, un diagnostic et un traitement différents selon le sexe, et un sexisme profond traversant la majorité des théories, modèles et pratiques d'intervention en santé mentale.

Dans le vif des échanges, tels que rapportés dans les comptes rendus des ateliers (Guertin et al., 1980), ressortait l'importance des liens entre l'oppression des femmes et leur « maladie » ou du moins ce qu'on considérait comme telle.... « Il ne s'agit plus (...) de chercher dans les gènes ou les hormones la cause de leur grand nombre de dépressions, mais dans leur vécu aliénant » (Lamarre, 1980, 42). Pour les participants-es, il fallait situer la détresse des femmes en rapport avec la remise en question de leur place dans la société. Selon cette analyse, les contradictions découlant du nouveau rapport des femmes à la reproduction (contraception), à la famille et au marché du travail, et à la récente prise de conscience de l'inégalité et de la discrimination qui sont leur lot, sont en grande partie responsables de leurs « maladies ». Conséquemment, on dénonçait le fait qu'aux problèmes d'ordre social, les services de santé offraient essentiellement une réponse médicale.

En effet, se référant aux études récentes sur le sujet (Chesler 1970 ; Broverman et al., 1970 ; Smith et David, 1975 ; *Santé mentale au Québec* 1979, numéro spécial sur les femmes), les participants-es aux colloques dénonçaient la sur-représentation de femmes clientes de la psychiatrie et des professions « d'aide » (psychologie, travail social, etc.), et les différences dans le diagnostic et le traitement reçus selon le sexe. On constatait que les femmes comptent pour le deux tiers de la population diagnostiquée comme sujette aux troubles mentaux. De plus, il semblait y avoir des maladies de femmes et des maladies d'hommes, les femmes étant principalement étiquetées comme dépressives et névrotiques, les problèmes des hommes étant de l'ordre plutôt de la psychose ou liés à l'alcoolisme. Ces diagnostics semblaient aller dans le sens d'une défense et illustration des stéréotypes de la masculinité et de la fémininité. Au niveau des traitements, on remarquait que les femmes étaient surmédicalisées et surtraitées. Elles recevaient deux fois plus de thérapies individualisées en institution et bénéficiaient moins que les hommes de thérapies de groupe ou de thérapies familiales. Mais surtout, on déplorait une situation où les tranquillisants étaient allègrement offerts aux femmes en réponse à leurs problèmes à tous les niveaux.

Face à ces constats, des critiques importantes ont été formulées aux services et aux professionnels-les en cause, ainsi qu'au gouvernement dont les politiques et le système de soins ne tiennent pas compte de la spécificité de la maladie mentale chez les femmes. On dénonce le système médical en tant que « système hiérarchique de type patriarcal » (Nemiroff, 1980, 67). À son tour est dévoilé le sexisme inhérent à la plupart des approches et pratiques en santé mentale, et dont l'objectif est souvent de pousser les femmes à réintégrer leur rôle traditionnel de bonne ménagère-épouse-mère.

En lien avec les analyses et les critiques, les participants-es aux ateliers des colloques ont formulé des analyses et de nouvelles perspectives à deux niveaux. Sur le plan des modèles d'intervention, on parle du besoin de modèles non sexistes, dont la « thérapie féministe » qui doit avoir une place privilégiée³. Au niveau des pistes de solutions aux problèmes de santé mentale vécus par les femmes, on tend à mettre l'accent sur les changements collectifs et sociaux.

Dans le but d'innover et pour « trouver le langage qui justifiera la cause des femmes » (Nemiroff, 1980, 66), on souhaite une meilleure formation et des outils mieux adaptés pour le perfectionnement des intervenantes, en particulier les infirmières et les thérapeutes. On ne se réfère pas aux modèles d'ordre médical, institutionnel ou même psychologique. Sans écarter totalement la psychothérapie, on insiste sur la nécessité de développer des modèles d'intervention non sexiste.

L'autonomie financière et affective des femmes comme condition fondamentale de santé mentale est évoquée. La nécessité de regrouper celles-ci est avancée en de multiples occasions comme solution pour briser l'isolement et faire mieux comprendre leur cheminement. On réitère l'idée que les situations vécues par ces dernières « entravent leur croissance personnelle et entraînent même des symptômes psychiatriques, ou pour le moins un grand sentiment d'inaptitude » (Lamarre, 1980, 44). Conséquemment, la thérapie féministe qui considère les problèmes de santé mentale des femmes comme découlant de leur situation d'oppression semble la plus apte à répondre aux critiques et aux analyses avancées.

Si lors des colloques et durant ces années aucune revendication formelle n'a été formulée à l'égard des gouvernements, les participants-es et les groupes de femmes œuvrant dans le domaine de la santé mentale s'attendent à ce que leurs critiques et leurs analyses aient pour conséquences une amélioration du système de soins et une certaine reconnaissance des pratiques alternatives développées par le mouvement des femmes et des groupes communautaires. Parmi ces pratiques, on retrouve l'intervention pionnière autour de la violence faite aux femmes, la mise sur pied des centres de santé des femmes ayant comme principe de base la prise en charge de leur santé par elles-mêmes et le développement de centres de femmes travaillant sur l'autonomie et l'isolement des femmes⁴.

Mais comme l'indique la présentation du livre *Nous, notre santé, nos pouvoirs* (livre regroupant des textes des conférences prononcées lors des colloques de 1981 et 1982), ... « (s') il est difficile d'évaluer l'impact de ces colloques sur les pratiques médicales auprès des femmes et sur les politiques de santé au Québec... Nos ébauches de changement se heurtent continuellement à des systèmes et des habitudes en place. » (G.R.A.F.S., 1983, 9-10).

Cette période effervescente du début des années 80 marque donc un tournant dans les découvertes sur la maladie mentale et son lien avec la

situation spécifique des femmes (pauvreté, violence, exploitation sexuelle, etc.). La santé mentale des femmes devient une préoccupation pour les universités et les hôpitaux psychiatriques qui cherchent à rejoindre la population en général. De plus en plus d'études critiquent la psychiatrie et les autres professions d'aide imprégnées de valeurs et croyances sexistes sur le rôle et la place des femmes, et sur les phénomènes connexes : la violence, l'inceste, la discrimination. (Entre autres, Penfold et Walker, 1983 ; Corbeil et. al., 1983 ; De Koninck et. al., 1983 ; Greenspan, 1983.)

Enfin une politique de santé mentale ?

Aujourd'hui, dix ans après le premier colloque sur la santé mentale et les femmes, quelle a été la prégnance de toutes ces analyses, ces critiques et ces pratiques alternatives sur la politique de santé mentale, déposée par le MSSS en janvier 1989 ?

Un bref aperçu de la politique

Pour celles et ceux qui ne connaissent pas la politique, soulignons que ce document se divise en trois parties. La première porte sur un diagnostic de la situation en santé mentale au Québec et soulève des questions sur l'ampleur de la maladie mentale, sur l'utilisation des services tels l'hospitalisation en psychiatrie et les traitements psychiatriques, et sur les difficultés et problèmes liés à l'organisation actuelle du système des soins. Les problèmes prioritaires soulignés comprennent : l'absence de consensus sur la notion de santé mentale, les interventions non adaptées aux besoins des personnes et qui ne tiennent pas compte de leur milieu de vie, les faiblesses quant à la qualité des services et leur répartition inéquitable, ainsi que le fonctionnement cloisonné de structures (pp. 17-18).

La deuxième partie annonce les orientations et les objectifs à atteindre en lien avec le diagnostic. La politique s'appuie sur une définition de la notion de santé mentale qui tient compte de trois dimensions, soit les axes biologique, psycho-développemental et contextuel. Cette nouvelle définition tend à une compréhension plus vaste des facteurs influant sur la santé mentale tels la violence, l'alcoolisme et les conditions socio-économiques. Deux objectifs principaux sont fixés, dont l'un vise à permettre à quiconque atteint de troubles mentaux d'avoir recours à une aide appropriée à sa situation et l'autre vise à « favoriser le maintien et le développement optimal de la santé mentale de la population » (p. 23).

Par ailleurs, la politique penche nettement vers l'intervention curative, en ciblant en priorité les individus vivant des problèmes de troubles mentaux aux dépens de ceux « plus susceptibles de développer des problèmes de santé mentale soit en raison de leurs conditions de vie sociale, culturelle ou économique, ou parce qu'ils sont exposés à des phénomènes comme la violence, le suicide, l'alcoolisme et les toxicomanies » (p. 22). La partie de la politique qui portera sur la prévention et la promotion viendra dans un deuxième temps.

Enfin, la troisième partie contient le plan d'action du gouvernement. Pour assurer la primauté de la personne, on prévoit l'utilisation de plans de services individualisés, la mise sur pied de mécanismes de promotion, de respect et de protection des droits, et une stratégie d'information. Pour accroître la qualité des services, le ministère souligne la nécessité de réorienter et d'encadrer la formation des ressources humaines dans un plan d'ensemble, de mieux orienter la recherche vers la pratique et d'instaurer des pratiques d'évaluation rigoureuses et systématiques. Prévoyant trouver des solutions dans le milieu de vie des personnes, le gouvernement veut assurer une meilleure reconnaissance des groupes communautaires, entre autres en offrant un financement s'échelonnant sur trois ans. Quant à la désinstitutionnalisation, il apparaît nécessaire de mieux encadrer cette démarche et d'instaurer des plans pour les personnes en cause. Finalement, en regard du partenariat que le gouvernement veut promulguer, la politique parle de décentralisation et de remise aux régions de la gestion de l'ensemble des services en santé mentale. Chaque région aura à développer un plan d'organisation de services dont la conceptualisation et la réalisation dépendront d'un comité tripartite. Ce comité sera composé pour un tiers de représentants des établissements du réseau, un tiers des représentants d'organismes communautaires œuvrant dans le champ de la santé mentale, et un tiers de représentants des différentes communautés et groupes de la région qui travaillent dans les champs connexes à la santé mentale.

En plaçant la personne malade au centre des préoccupations du système des soins, en contestant les analyses bio-médicales de la maladie mentale, en proposant la décentralisation du pouvoir et en cherchant à reconnaître l'apport des autres partenaires à l'extérieur du réseau des affaires sociales tels les familles et les groupes communautaires, la politique de santé mentale se montre ouverte aux critiques adressées au système et sensible aux initiatives nouvelles. Cette lecture de la politique n'est cependant pas suffisante.

Regard critique sur la politique

J'aborderai la critique de la politique de santé mentale non pas en analysant chacune des propositions concrètes s'y trouvant, mais plutôt en décryptant trois prémisses sous-tendant la politique qui, à mon avis, sont défaillantes.

La première de ces prémisses est que la politique s'adresse à des personnes non sexuées. La question des différences de genre⁵ et de leurs liens avec la santé mentale n'est même pas abordée. Le second principe est qu'il est normal que les personnes dépendantes, et dans ce cas les personnes atteintes de troubles mentaux, demeurent et soient prises en charge dans leur milieu naturel. Et finalement, un troisième axiome envisage un partenariat entre les institutions et les appareils publics d'une part, et les groupes communautaires et groupes de femmes de l'autre, dans la situation actuelle de ces deux réseaux, sans remettre en question leurs

rapports de pouvoir et leurs ressources matérielles et financières. Cette dernière prémisse implique, selon moi, la soumission des groupes communautaires à une logique de sous-traitance et de complémentarité au système public. Les deux dernières prémisses s'inscrivent dans la nouvelle logique étatique de désengagement social, dont le mot d'ordre principal est la responsabilisation des individus, des familles et des communautés.

Les personnes sont-elles des femmes ? Ou la liquidation des analyses et interventions féministes

Nous ne pouvions pas nous attendre à ce que le MSSS adopte une analyse féministe de la problématique de la santé mentale et nous ne nous sommes pas trompées. Par ailleurs, nous nous attendions à une certaine ouverture à la spécificité du rapport des femmes à la santé et à la maladie mentale. Nous avons cru qu'au moins la politique, à l'instar des recherches abondantes sur le sujet, mentionnerait que les femmes ont des conditions sociales propres qui les rendent susceptibles de vivre des problèmes de santé mentale. Mais nos attentes ne se sont pas réalisées.

Tout en signalant que les femmes consultent le médecin trois fois plus que les hommes pour des problèmes psychiques et reçoivent deux fois plus de traitements (p.13), la politique se permet, par ailleurs, de parler dans des termes « neutres » de la personne. Ainsi, la politique parle de populations vulnérables dont les « personnes » à la maison ; de la nécessité de considérer « l'origine culturelle, les choix spirituels et d'autres caractéristiques qui influencent les comportements » des personnes (p.14). Curieusement, le sexe et le genre ne seraient pas aussi des variables clés... En effet, en 58 pages de politique, il n'y a que quatre références aux femmes. À part celle déjà mentionnée, on apprend que la consommation d'alcool augmente chez les femmes (ainsi que chez les jeunes) et que les femmes d'âge moyen et celles qui vivent seules sont sujettes à une consommation abusive de médicaments, tout comme les personnes âgées. Et, dans la conclusion, on souhaite que des études ultérieures viennent expliciter les raisons de l'utilisation plus fréquente des services de santé mentale par les femmes.

Dix ans de recherches, d'analyses et de pratiques ont démontré qu'on ne peut pas saisir la santé mentale des femmes sans comprendre leur insertion spécifique dans les sphères de la production et de la reproduction, et de la division sexuelle du travail qui en résulte, sans comprendre la discrimination qu'elles subissent dans notre société, sans comprendre leur socialisation spécifique, sans comprendre le sexisme profond de la majorité des théories et des pratiques en santé mentale. En dépit de tous ces éléments, la politique de santé mentale demeure sourde, aveugle et muette. Encore une fois, les femmes sont considérées comme une autre catégorie de la société, quelque part entre les jeunes, les assistés sociaux et les personnes

âgées. Ce qui est au centre de la politique, c'est la personne. Mais, comme Michèle Roy du Regroupement des centres de santé des femmes le décrit :

« la personne est monsieur ou madame tout le monde, mais pas particulièrement madame, ou pas particulièrement madame avec des réalités liées à son fait d'être madame. »

Or, quelles sont les réalités des femmes que la politique passe sous silence ? Sans faire une analyse exhaustive, il faut mentionner, entre autres, la violence faite aux femmes, leurs conditions socio-économiques (pauvreté, notamment suite à une séparation, monoparentalité, insertion spécifique sur le marché du travail) et leur assignation à la prise en charge des personnes dépendantes (enfants, personnes âgées, psychiatriquées ou handicapées) et au domaine de l'affectivité. Il me semble que l'impact de ces situations sur la santé mentale des femmes est amplement documenté⁶.

En ne parlant que de « victimes » d'actes de violence dans la famille (p.12), ou en n'indiquant pas qui dans les familles « accueille un de ses membres en réinsertion sociale » (p.43), pour ne prendre que ces exemples, la politique opère un nivellement inacceptable de la situation des femmes à celle des hommes. En occultant la variable probablement la plus significative permettant de comprendre la santé mentale des personnes, soit le sexe à notre avis, la politique élimine la nécessité de nommer le groupe social des femmes et de le situer en rapport avec le groupe social des hommes. Elle évite ainsi de situer la santé mentale des femmes en rapport avec leur situation de discrimination et d'inégalité, situation qui découle justement des rapports hommes-femmes.

Cette position d'apparente « neutralité » évacue aussi la nécessité de considérer le point de vue des femmes dans les orientations et plans de services qui doivent être développés par les comités régionaux dont le mandat est d'opérationnaliser la politique. Comme nous le verrons dans la section sur les comités tripartites, il n'y a aucun mécanisme pour assurer que les groupes de femmes soient représentés dans ces comités.

Le fait de ne pas nommer les femmes comme groupe social spécifique peut aussi amener des « oublis » quant à la nécessité de développer des ressources et des interventions qui tiennent compte de la spécificité de la santé/maladie mentale des femmes en lien avec leurs conditions spécifiques. Déjà qu'il existe beaucoup moins de ressources hors réseau pour les femmes que pour les hommes et que le Regroupement des ressources alternatives en santé mentale n'a pas encore développé une analyse des rapports hommes-femmes en lien avec la santé mentale. De plus, compte tenu de l'orientation de la politique qui est de s'appuyer sur les familles des personnes souffrant de troubles mentaux comme premier lieu de leur maintien ou réinsertion sociale (point sur lequel je reviendrai dans la prochaine section), on peut se demander qui va assurer la réinsertion du grand nombre de femmes psychiatriquées de 40 à 55 ans, dont le profil est

justement d'avoir été abandonnées par leur famille. Aussi, le Conseil du statut de la femme constate que :

...on prend pour acquis(...) que la mère ou l'épouse est présente et disponible pour assumer la prise en charge du malade au foyer. (...) Mais qu'advient-il à la mère ou à l'épouse elle-même aux prises avec un problème d'ordre mental sévère et persistant ? Dans quelle mesure son conjoint ou ses enfants lui prodigueront-ils les attentions et soins requis ? (1987, 11)

En effet, on dénote une augmentation importante de femmes psychiatriquées de 40-50 ans qui sont venues grossir les rangs des itinérants-es. Comment intervenir efficacement auprès de ces femmes sans tenir compte de leur situation de « mère de famille (...) qui craque parce qu'elle n'en peut plus » (Demers, 1987, 82) ?

Au niveau des interventions, comment, dans une politique de santé mentale passer sous silence toute la critique du sexisme qui traverse les structures et les interventions psychiatriques ?

Comment comprendre ce silence dans un contexte où, depuis plusieurs années, le MSSS a investi énormément d'argent dans la formation de ses intervenantes à l'approche féministe ? Renierait-il ces pas en avant ? C'est pourtant ce qui semble, car la politique souligne que le ministère retient certains sujets prioritaires pour la formation continue, à savoir l'utilisation des plans de services, le rôle de personne « pivot », la question des droits et l'intervention auprès des familles, des proches et des communautés. Sans nier l'intérêt de ces sujets, il nous semble frappant que nulle part on ne souligne la nécessité de formation en matière d'attitudes et d'interventions non sexistes. De plus, quand on aborde la formation de base en santé mentale, on indique timidement que cette formation doit « ...privilégier l'approche bio-psycho-sociale, l'ouverture sur de nouvelles pratiques, la pluridisciplinarité... » (p.37). Il me semble que c'est nettement inadéquat et peu critique quant à la dominance actuelle des approches bio-médicales et intra-psychiques dans le champ de la santé mentale.

Pourquoi ne fait-on aucune allusion aux approches financées actuellement par le ministère, telle que l'approche féministe ? Cette approche, quoique non univoque, est fondée sur une analyse psycho-socio-politique des problèmes de santé mentale des femmes et sur une critique du système de santé et ses structures qui « favorisent la consommation des soins et des médicaments, spécialisent les interventions autour d'une ou l'autre partie du corps, comportent de graves carences en matière de prévention et n'encouragent guère la prise en charge par les usagers de leur santé » (citation provenant du plan de cours « Une approche féministe en santé mentale », MSSS, 1986). Le ministère n'endosse-t-il plus cette critique ? A-t-on offert cette formation pour se donner une bonne image, pour faire taire les critiques et les revendications des femmes vis-à-vis l'amélioration urgente à apporter aux services ?⁷ En effet, sans qu'on s'attende à ce que la politique propose des modèles ou des approches d'intervention précis, il nous semble inconcevable qu'elle n'avance pas clairement la nécessité

d'une formation tenant compte d'une analyse de la spécificité de la santé mentale des femmes et des hommes et visant à éradiquer le sexisme, le racisme, et l'agisme traversant la plupart des interventions actuelles.

À ce sujet, l'une des intervenantes engagées par le MSSS comme formatrice en intervention féministe nous a affirmé que, malgré l'argent dépensé par le ministère pour bâtir ces programmes, les conditions nécessaires pour permettre aux intervenantes ainsi formées de pratiquer réellement cette approche dans leur milieu n'ont pas été créées. Il n'existe effectivement pas de véritable volonté politique favorisant l'intervention féministe à l'intérieur du réseau. Ainsi, la coordonnatrice du Regroupement des centres de santé raconte :

Sans nier les possibilités d'agir des intervenantes, je suis très sceptique quant à la marge de manœuvre réelle qu'elles pourraient avoir pour intervenir d'une façon féministe dans le réseau. Ne serait-ce que pour l'année passée, je me souviens d'avoir cherché des ressources dans le milieu de la psychiatrie en réseau, d'avoir cherché quelqu'un qui faisait officiellement de l'intervention féministe, et de me faire dire par trois hôpitaux différents : « non, ici on n'en fait pas ». Tous étaient des hôpitaux offrant des services en psychiatrie externe et tous m'ont répondu : « non, l'intervention féministe, nous on n'a pas le droit. Les psychiatres ne veulent pas qu'on fasse ça. » Le ministère a fait de la formation pour se gargariser. Il annonce qu'il offre la formation en intervention féministe en santé mentale. Mais après ? Je ne nie pas que les femmes qui y ont participé ont peut-être fait un peu de travail chacune de leur côté. Mais on ne peut pas vraiment dire qu'il y a eu une contamination féministe du réseau. Récemment, j'ai vu une femme traitée en psychiatrie à qui on a dit : À cette fin de semaine, tu sors d'ici, mais ce qu'il faut que tu fasses, c'est l'épicerie et le souper pour ta famille dimanche soir, pour voir si tu es en meilleure santé, pour voir comment a évolué ta maladie. » C'était ça, son contrat pour la fin de semaine. Ça ne date pas de quinze ans. C'était il y a quelques mois. On continue à mesurer la santé mentale des femmes à partir de leur capacité de faire des tâches ménagères pour leur famille !

La famille : hier source des problèmes, aujourd'hui solution miraculeusement naturelle...

Si les femmes sont presque absentes nommément de la politique, les familles ont, elles, une place assez centrale. En effet, le discours a changé. « La famille »⁸ n'est plus considérée seulement comme un élément de l'étiologie des problèmes de santé mentale, inapte à répondre aux besoins spécifiques des siens. Elle est en voie de devenir le lieu « par excellence » de l'épanouissement de ses membres, et ce, à tout âge et quelque soit leur état physique et mental. Après vingt ans de mise au rancart, l'idéologie familialiste est de retour, sous une autre forme il est vrai, mais elle est de retour. L'État a engagé un processus de revalorisation de la famille, notamment de la fonction de soutien entre les membres de la famille et des familles entre elles (Guberman, 1987a). D'un droit aux services sociaux

et de santé reconnu jusqu'à maintenant, on est en voie de glisser vers un devoir et une obligation pour les familles de s'occuper de leurs dépendants-es.

Comme les auteurs de la politique le constatent : « ... c'est souvent dans la famille que la personne en réinsertion sociale revient aujourd'hui » (op cit : 14). Mais qui dans les familles est disponible pour recevoir ces personnes en réinsertion sociale ? La littérature sur le sujet et les recherches auxquelles je participe sont claires⁹ : la prise en charge est un travail qui semble être tout « naturellement » assigné aux femmes. Effectivement, quand on pense aux tâches nourricières (« nurturing »), de soutien, de soins, apparaît dans notre imaginaire collectif presque automatiquement la figure d'une femme. Il faut bien admettre que la prise en charge familiale est presque toujours un euphémisme pour la prise en charge par des femmes dans les familles.

Or, la valorisation de « la famille » comme lieu idéal de prise en charge des siens vient à un moment particulier de l'évolution des rapports hommes/femmes. Effectivement, c'est dans les quinze dernières années que les femmes ont commencé à remettre en question le travail domestique gratuit, y compris le travail de prise en charge physique et émotive des membres de la famille. Cette remise en question se répercute dans les revendications pour des garderies financées par l'État, dans les motifs de divorces initiés par les femmes autour du manque d'implication des pères auprès de leurs enfants, ainsi que de manque de disponibilité des hommes dans le soutien émotif aux femmes (Dandurand et St-Jean, 1986). Enfin, c'est aussi à travers les luttes individuelles et collectives que mènent les femmes pour le partage du travail domestique qu'on sent ce refus du rôle « traditionnel ».

Certains ne verraient-ils pas, dans cette nouvelle assignation des femmes au travail de prise en charge, une façon de résoudre le « problème » de la place et le rôle des femmes ? Quoi qu'il en soit, la désinstitutionnalisation et la responsabilisation des familles exercent des pressions directes et indirectes aux niveaux matériel et idéologique sur les femmes : pressions pour qu'elles abandonnent, ou n'intègrent pas, ou aménagent à la baisse leur insertion sur le marché du travail salarié et pour qu'elles reprennent leurs activités « traditionnelles » dans la sphère domestique. Assumer le rôle de « soignant naturel » (terme mystificateur par excellence) n'est, en effet, pas une mince affaire.

Ceci dit, il est vrai par contre que l'institution de la famille est considérée comme le quasi seul lieu légitime d'expression des besoins émotifs, qu'elle offre la sécurité du familial et les droits et obligations liés à un rapport de parenté (Barrett et McIntosh, 1982). De plus, face aux alternatives peu attrayantes des résidences institutionnelles ou des ressources intermédiaires, et souvent profondément interpellées par des sentiments d'amour, de dévouement ou de devoir, beaucoup de familles et de femmes sont désireuses de garder chez elles leurs proches atteints de maladies

mentales, ou du moins de s'impliquer de façon centrale dans leur prise en charge (Guberman et. al., 1987b ; Guberman 1989).

C'est à la croisée de ces divers intérêts qu'il faut situer la question de la prise en charge des psychiatisé-es par les femmes dans la famille. D'un côté, nous avons des personnes atteintes de troubles mentaux, avec leurs revendications légitimes de rester dans la communauté ou de la réintégrer plutôt que d'être « placées » ou « institutionnalisées ». De l'autre, nous avons des femmes : mères, sœurs, conjointes, filles de ces personnes, qui veulent leur assurer les meilleurs soins et conditions de vie possibles, mais qui ont aussi leur propre vie à considérer. Inévitablement, cela entre en conflit avec les exigences de la prise en charge. Quant à l'État, ses politiques et programmes sociaux prônent la solution de la réinsertion en milieu naturel.

Une partie du problème, tient au fait qu'un glissement s'est opéré. De l'objectif de réinsertion en milieu naturel, on tombe vite dans la prise en charge familiale. Au cœur de cette solution, nous avons la prémisse que de facto le milieu naturel est la famille, que la famille est le milieu « le plus naturel », qu'il va de soi que les malades sont mieux dans leur famille que dans une institution ou ailleurs. Le tout semble tellement « naturel » qu'il est difficile de la remettre en question. Pourtant, il n'existe presque pas d'études qui démontrent que la famille est le lieu idéal d'épanouissement pour ses membres atteints de troubles mentaux. Bien au contraire, les études¹⁰ semblent démontrer qu'il est souvent néfaste de retourner des psychiatisé-es dans leur famille, que les psychiatisé-es (surtout les jeunes adultes psychiatisés) désirent garder une certaine autonomie par rapport à leur famille et que leur choix premier d'un lieu de résidence n'est pas le foyer familial. Après tout, rester dans la communauté et habiter chez les siens ne sont pas forcément synonymes.

La politique n'aborde pas ce dilemme et reste aussi silencieuse sur le fait que dans les familles, ce sont les femmes qui, en général, assument tout le travail entourant la prise en charge d'un-e psychiatisé-e. Car en plus des lourdes exigences du travail liées à cette prise en charge, il faut considérer que les femmes écoupent aussi des effets de la désinstitutionnalisation sur les autres membres de la famille. En plus de soutenir la personne malade, elles ont souvent à supporter leur mari qui accepte mal la maladie mentale, à servir d'intermédiaire entre la personne malade et les autres membres de la famille, et à gérer tous les conflits familiaux qui découlent de cette situation.

Malgré tout, la politique gouvernementale se montre sensible à certains des problèmes que vivent les familles qui s'occupent d'une personne atteinte de troubles mentaux, même si elle occulte le fait que dans les familles ce sont les femmes, en grande majorité, qui vivent ces problèmes. Le document considère que les familles ont été laissées par le système de soins, sans information et soutien et sans reconnaissance de leur apport. Ces considérations sont très justes. En effet, dans les recherches auxquelles j'ai collaboré

auprès des familles assumant la prise en charge d'un-e proche psychiatrisé-e (Guberman et al., 1987b), l'évaluation du soutien reçu pour alléger la lourdeur de la tâche est carrément négative. Les femmes que nous avons interviewées nous ont parlé des rapports difficiles avec les intervenants professionnels, notamment des psychiatres. En effet, les rapports avec la psychiatrie sont décriés par toutes : absence de disponibilité, soutien réduit à la médication, absence de reconnaissance des parents. À propos d'une rencontre avec un psychiatre, une mère affirme :

Je n'ai pas trouvé ça formidable. Même, je lui ai dit : « ... Je pensais qu'un psychiatre, c'était fait pour écouter ». On avait de la misère à dire ce qu'on voulait dire. C'était bien plus lui qui a parlé... Je ne veux pas le mépriser. Je sais qu'il y a des psychiatres qui ne veulent rien savoir des parents. Au moins, il a accepté de nous recevoir. J'ai compris notre fils de ne pas être emballé d'aller le voir. Il consomme et là on craignait de lui donner sa médication. Il nous a dit : « Donnez-lui-en plus et augmentez la dose. » J'avoue qu'on n'est pas trop satisfait. La psychiatrie, c'est la médication, c'est tout.

Une autre raconte :

Le psychiatre ne s'en occupe plus. C'est une visite une fois par mois, quand il y en a. Aucune communication avec nous autres. Aucune information. Vous n'avez absolument rien. C'est le vide.

Par ailleurs, les temps de crise sont les périodes où les femmes se sentent les plus démunies, impuissantes, laissées à elles-mêmes.

La plupart du temps, on fait venir la police. L'alternative qu'on a, nous autres les parents, quand ils sont en crise, c'est la police. Il n'y a pas d'autres recours que ça. Faire traiter ton enfant comme un criminel.

On note de plus une absence de reconnaissance de l'apport des familles. Elles ne sont pas « reconnues » pour ce qu'elles font, ni valorisées. Elles ne sont pas traitées comme des partenaires, comme des familles avec des problèmes, mais plus souvent comme des familles-problèmes.

Dans le plan d'action de la politique, on soulève un point spécifique sur le soutien à donner aux familles qui inclue de l'information, de l'aide psycho-sociale pour « prévenir une éventuelle détérioration de la dynamique familiale » (p. 43), et des services de répit. Ces recommandations sont très importantes car elles répondent à plusieurs des problèmes vécus par les personnes interviewées et soulevés dans la littérature.

Mais seront-elles suffisantes ? Tant que la philosophie qui sous-tend ces efforts repose sur l'idée que la prise en charge familiale va de soi, qu'il est naturel que les femmes s'occupent des leurs, ce soutien risque de comporter beaucoup de limites. Pour les femmes qui ont réellement consenti, en toute connaissance de cause, à assumer ce travail, l'information et l'aide psycho-sociale et de répit pourraient peut-être combler leurs besoins. Mais pour celles, et je crois, d'après mes recherches, qu'elles sont nombreuses, qui sont impliquées dans la prise en charge d'un-e proche psychiatrisé-e, à cause d'un manque d'alternatives ou sous pression de

professionnels, ce n'est pas une intervention visant l'amélioration de la dynamique familiale ni quelques jours de congé qui peuvent améliorer leur situation. Les témoignages qui suivent illustrent bien le non-choix devant lequel beaucoup de femmes se trouvent placées. La décision de prendre en charge un-e proche psychiatrisé-e résulte d'une imposition par des professionnel-les ou par la Cour ou d'une absence de choix doublée de sentiments d'obligation parentale et de culpabilité.

C'est l'hôpital qui nous l'a imposé. « Il sort à condition d'aller chez vous, nulle part que chez vous. S'il va pas chez vous, il sort pas. » Alors, des fois on disait oui. Et puis quand il est sorti définitivement, là c'était chez nous qu'ils nous le confiaient, le médecin, les psychiatres, les avocats, les notaires, tout ce que vous voulez. Ils ne voulaient plus le garder à l'hôpital.

Ça faisait deux fois qu'ils m'appelaient le matin pour aller le chercher. Je leur avais dit non. Puis ils ont dit à Normand : « Ta mère veut pas venir te chercher, puis nous autres on peut pas te garder, alors prends un taxi et va-t-en ». ... Là je me suis sentie coupable, je me disais : « C'est mon enfant, je devrais le prendre avec moi puis m'en occuper, moi ».

C'était automatique, s'il pouvait sortir, c'était chez moi qu'il venait. À l'hôpital, ...c'était marqué dans le dossier que Robert pouvait sortir en autant que ça soit ses parents qui le sortaient. Mon mari devait signer à part de ça.

Il n'a pas de place où aller, il ne sait pas quoi faire, lui. Il n'est pas dans un état pour décider quoi faire... Qu'est-ce que vous faites dans ce temps-là, quand vous êtes sa mère ? Est-ce que vous dites : « Bon, bien là c'est bien de valeur, moi je ne suis pas capable de te reprendre, va-t-en, arrange-toi avec tes troubles ! » ? Tu l'amènes avec toi, puis tu dis : « Bon, adienne pourra. »

J'ai eu un appel le lundi comme quoi il est passé en Cour et qu'il pouvait sortir de prison en autant qu'il s'en allait chez nous. C'est comme ça qu'il est revenu à la maison.

On ne peut que dénoncer la duplicité d'une politique qui feint d'ignorer ces pratiques coercitives. Tant que la politique part du principe qu'il va de soi que les familles sont responsables devant la maladie de leurs membres, elle fonctionne d'après une idéologie.

Pourtant, les femmes qui assument actuellement la prise en charge ont été très claires dans leurs désirs d'avoir un véritable choix : celui de s'impliquer ou pas.

Forcer la famille, ça serait la pire chose qui puisse arriver. Pis, quand je dis forcer, il y a ben des façons de forcer, parce que des fois on peut être très subtil en disant : « C'est votre devoir, c'est votre enfant, il vous aime beaucoup. » Je pense qu'il ne faudrait jamais que ça soit fait comme ça. (mère d'un enfant psychiatrisé).

(L'idéal pour moi) c'est qu'il y ait une alternative à la famille à la sortie de l'hôpital, et que si la famille reprend la personne, qu'elle le fasse à partir d'un consentement éclairé. Actuellement, la famille ne sait même pas dans quoi elle s'embarque. Et les hôpitaux ne demandent pas si la famille veut le reprendre, ils le présument. Si toutes les familles refusaient, hen !, ils

n'auront pas le choix. Ou bien c'est les hôpitaux qui déborderaient. ça finirait par faire une pression énorme, puis ils seraient obligés de trouver d'autres ressources. La famille devrait être en mesure de dire « Non on le prend pas » et d'entendre « Inquiétez-vous pas, on va bien s'en occuper ailleurs. Il a 21 ans, là. Vous êtes tout à fait en droit à ce qu'il ne retourne pas chez vous. Il est malade, mais ce n'est pas parce qu'il est malade qu'il est plus votre responsabilité qu'avant. » (mère d'un enfant psychiatrisé et permanente dans un groupe d'entraide pour les familles de personnes psychiatisées).

Voilà donc posées les questions-clé de la prise en charge familiale : jusqu'où va la responsabilité familiale face aux siens ? À quel point nos politiques et programmes sociaux prennent-ils pour acquis ou même renforcent-ils l'obligation des familles, et donc des femmes, d'assumer le travail de prise en charge des adultes dépendants (comme le font actuellement la politique de santé mentale, la politique à l'égard des personnes âgées et les programmes de maintien à domicile) ?

Bien sûr, il faut offrir un soutien aux femmes/familles qui décident de s'impliquer. Mais il faut surtout s'assurer que chacune ait un choix réel devant cette éventualité.

Le partenariat : égalité dans la différence ? Ou récupération et soumission ?

La politique de santé mentale semble réserver une place importante aux groupes communautaires et encore plus aux ressources alternatives en santé mentale. On parle de les financer sur trois ans et de leur assurer un rôle dans les prises de décision de la planification régionale. Pourtant, la réaction des groupes les plus concernés est plutôt inquiète et dubitative¹¹. Tandis que certains voient la politique comme une victoire, d'autres, dont la plupart des groupes de femmes, restent plutôt méfiants. On craint que les groupes ne puissent établir un rapport adéquat face au réseau et surtout au pouvoir bio-médical. On se demande quelle va être la véritable place des groupes dans les prises de décisions. Ne seront-ils pas là principalement pour cautionner des décisions qu'ils n'appuient pas entièrement, mais qu'ils ne contesteront pas de façon trop bruyante par peur de voir leur financement disparaître ? On craint un financement basé sur des contrats de service et son impact sur les orientations générales des groupes, sur leur fonctionnement et sur leur mission d'innovation et de critique sociales.

Il n'est pas facile de définir la place réservée aux groupes de femmes qui, tout en travaillant sur la santé mentale des femmes, ne se définissent pas comme ressources alternatives en santé mentale. Ont-ils le droit d'être représentés sur le deuxième tiers, réservé aux « groupes œuvrant en santé mentale », ou doivent-ils tenter de se faire nommer sur le troisième tiers où siègent les groupes dans les domaines connexes, comme les municipalités, la police et les universités ?

Aujourd'hui, la situation est confuse. Dans certaines régions, des groupes de femmes ont été nommés sur le deuxième tiers, mais leur nomination est actuellement contestée. Dans d'autres, ils siègent sur le troisième tiers. Étant donné qu'il n'y a aucun mécanisme leur assurant une place dans certaines régions, par exemple Montréal, ils n'y siègent pas. Par ailleurs, la présence d'un groupe de femmes sur un comité de 15 à 21 personnes ne garantit pas pour autant que la voix des femmes soit entendue. Par exemple, en Montérégie, malgré la présence sur le comité tripartite d'une ressource alternative en santé mentale pour femmes et d'une maison d'hébergement pour femmes victimes de violence, les femmes n'ont pas été identifiées comme une clientèle prioritaire, et le mot « femme » n'apparaît donc pas dans le plan de service. On parle plutôt de clientèle cible par groupe d'âge et par niveau d'intervention : première ligne, crise, services spécialisés, prévention. Et bien entendu, la politique des « clientèles cibles » évacue systématiquement l'option des « problématiques causales ».

Fernande Ménard, directrice d'une ressource alternative en santé mentale pour femmes, et membre du comité tripartite de la Montérégie, nous parle de son expérience :

Dans notre région, ça ne change rien qu'on soit sur le comité parce qu'on n'a pas de crédibilité. Ceux qui ont cette crédibilité, ce sont les psychiatres et les D.G. des DSC. Ils arrivent bien documentés avec des chiffres. On ne me prend pas au sérieux. Je n'ai pas de statistiques, de chiffres ou de titre.

En effet, comment parler d'un partenariat entre partenaires si inégaux ? Comme le soulignait Michèle Roy, coordonnatrice du Regroupement des centres de santé des femmes :

Il y a tous les rapports de force qu'on oublie là-dedans, entre les institutions qui ont la crédibilité, le budget, les contacts politiques, etc. et les groupes communautaires qui vont se débattre avec leur réalité quotidienne, et qui en même temps ne sont pas tous reconnus officiellement, surtout pas face au ministère. Donc, on peut mettre tout ce monde autour d'une table et on peut dire que nous sommes partenaires à part égale, mais....

Effectivement, l'expérience du fonctionnement des comités tripartites amène un certain désillusionnement chez les groupes de femmes. Certains centres de femmes y siégeant décrient le manque de démocratie qui s'y trouve. Il semble que certaines décisions soient prises en dehors des comités et on se demande quel est le pouvoir réel des comités quand en dernier lieu, c'est le C.A. du CRSSS qui doit tout entériner. De plus, le choix des représentant-es dans les comités est arbitraire et souvent déterminé par le CRSSS.

Mais pour les groupes de femmes, une question essentielle reste : quelle place réserve-t-on aux analyses, orientations féministes et alternatives des groupes de femmes et des autres groupes communautaires par rapport aux approches dominantes en santé mentale ? Le silence de la politique entourant la spécificité de la santé mentale des femmes et la nécessité d'une

orientation non sexiste a des conséquences néfastes. Selon Lynne Dessureault du Centre des femmes de Verdun :

Les groupes de femmes pensaient qu'en siégeant sur les comités tripartites ils auraient pu remettre en question les interventions sexistes dominantes. Mais comme elles ne sont pas remises en question dans la politique, il est difficile de le faire dans les comités.

Mais, au-delà des problèmes de structures et de la place qui leur est réservée, il n'est pas de tout évident pour moi que les groupes de femmes doivent tenter de s'inscrire dans la logique de la politique. Entre autres, le mode de financement prévu risque fort de les détourner de leur mission initiale. La question de savoir sur quel « tiers » ils siègent n'est pas sans impact sur leur financement, car ce qui est étiqueté « ressources en santé mentale » a accès à des budgets spécifiques, tandis que tous les organismes dits communautaires doivent trouver leur financement à l'intérieur de la même petite enveloppe du MSSS allouée à cette fin. En se désignant comme ressources en santé mentale, plusieurs groupes de femmes risquent fort de dévier de leur rôle premier au niveau préventif et de mettre de côté leur approche holistique. Avec le désengagement de l'État, ils pourraient finir par assumer, en sous-traitance, des problèmes de santé mentale qui ne font pas partie de leur orientation et de leur mandat originaux.

Deuxièmement, étant donné que l'organisation proposée par la politique en santé mentale est un « test » pour la décentralisation d'autres dossiers du MSSS, en s'inscrivant dans ces structures, les groupes de femmes se trouveront de plus en plus soumis à une logique technocratique de populations cibles et d'intervention curative. Or, il me semble que le propre de la pratique des groupes de femmes est de se situer en alternative et dans la marge des structures et des pratiques du réseau pour avoir un espace d'initiative, de créativité et de critique. L'enjeu principal n'est-il pas une reconnaissance de ce statut et de ce rapport avec le réseau, plutôt qu'une intégration douteuse et dangereuse dans une logique techno-bureaucratique-professionnelle ? Y-a-t-il encore des marges de manœuvre possibles ?

L'R des centres de femmes est particulièrement interpellé par cette question. Un débat a eu lieu au sein de ce regroupement sur la position à adopter par les centres face aux comités tripartites. Finalement, l'assemblée générale a réaffirmé que les centres de femmes trouvent leur raison d'être d'abord dans un projet féministe qui vise à rejoindre toutes les femmes d'un milieu donné, qu'elles aient des problèmes de santé mentale, d'autres problèmes ou pas. Comme l'indique Françoise David :

Ça a l'air évident, mais dans le contexte il fallait absolument le réaffirmer. C'est toute la différence entre partir du point de vue que tu t'occupes de la santé mentale et à l'intérieur de ça dire que tu as une approche féministe, ou partir du point de vue que tu t'occupes des femmes, en tant que personnes globales et en tant que groupe social opprimé, et bien évidemment tu t'occupes aussi de leur santé mentale.

Mais le débat n'est pas clos pour autant. Les groupes de femmes doivent encore se situer par rapport à leur participation aux structures proposées. Dans le domaine de la santé mentale, ils doivent aussi raffermir leurs liens avec les ressources alternatives en santé mentale qui sont présentement au cœur du projet de « partenariat ».

Comment ne pas s'inquiéter du risque que des groupes de femmes se trouvent piégés par le mode de financement proposé, qu'ils acceptent d'être définis en fonction des balises, des plans de service dans le but de maintenir leurs services, tout en étant tiraillés entre leur envie réelle de travailler avec les femmes pour améliorer leur situation et la nécessité de continuer à formuler des critiques à l'égard du contenu des services publics.

Avec l'opérationnalisation de la politique, non seulement demande-t-on aux groupes communautaires, dont les groupes de femmes, de se définir en fonction des clientèles cibles, mais on veut aussi qu'ils se situent dans des catégories prédéterminées de mode d'intervention : groupes d'entraide, groupes de services, comité de bénéficiaires, afin d'être éligibles au financement. Sur la Côte-Nord, il semblerait que seules les ressources alternatives en santé mentale seront financées en tant que groupes de services. Si les groupes de femmes veulent un financement, ils doivent démontrer qu'ils font de l'entraide. Les groupes de femmes, étant souvent polyvalents, s'insèrent difficilement dans cette structure. Selon Lynne Dessureault :

Négocier des services pour avoir du financement ne cadre pas avec notre philosophie de base. On est là d'abord pour répondre aux besoins du milieu et non pas pour vendre des services. On ne respecte pas les groupes dans leur totalité quand on offre un contrat de service pour une population-cible précise. C'est une façon de penser typiquement « réseau ». Par exemple, vouloir offrir un programme spécifique pour femmes itinérantes poly-toxicomanes ou femmes dépressives en processus de divorce. On voit les femmes à partir de leur « problème », plutôt qu'en globalité. Ça fait oublier la dimension d'ensemble de la situation des femmes.

Fernande Ménard abonde dans ce sens :

Ce n'est plus le financement par ressource mais plutôt par service. Ma crainte, c'est qu'ils vont reconnaître certains de nos services. Pour la maison Entre-Deux, j'ai peur qu'ils reconnaissent nos services d'hébergement ou vocationnels, mais pas nos services thérapeutiques, parce qu'on n'a pas nécessairement de diplômes. Il y a des professionnel·les qui prétendent qu'on ne fait que du loisir. Je prévois un affrontement entre les ressources en santé mentale et les institutions, et la question des femmes se perdra dans tout ça.

Ces craintes et questionnements rappellent douloureusement, suite à la politique sur la violence faite aux femmes, l'expérience des maisons d'hébergement pour femmes victimes de violence, dont l'État achetait les lits mais pas la problématique (Lamoureux et Lesemann, 1987).

Par ailleurs, l'R croit que le supposé « pactole » des subventions n'est que fumisterie et qu'on débloque peu de fonds à travers la politique pour

l'intervention préventive qu'assument les groupes de femmes. Sa coordonnatrice souligne que :

Il y a huit millions de dollars par année pour toute la province, pour tous les organismes, pas seulement des organismes communautaires. Alors quand ça va arriver en bout de ligne aux organismes communautaires comme les centres de femmes qui font de la prévention, du dépistage, de l'accompagnement, de la sensibilisation à la situation des femmes, des projets collectifs, etc., il n'y aura pas grand argent à aller chercher.

La politique prévoyant le financement des groupes qui s'inscrivent dans les balises de programmes cadres et d'offres de services, quelle sera la place pour les regroupements régionaux ? Depuis quelques années, ces derniers sont cruciaux dans le processus de représentation publique des initiatives et des revendications des groupes de base. Pourtant, l'avant-projet de loi sur la santé et les services sociaux qui chapeautera toutes les politiques sectorielles prévoit que le financement direct des regroupements sera coupé. La survie des regroupements est donc incertaine. Restera donc le monnayage à la pièce avec les ressources et les institutions locales, car les regroupements ne pourront pas faire reconnaître la compétence de l'ensemble de leurs groupes membres dans tel ou tel service. Selon Michèle Roy, il faut presque envisager une table parallèle où les groupes peuvent se concerter avant d'aller à la table tripartite pour présenter une position commune. Mais bien sûr, une telle stratégie implique des ressources et des énergies que beaucoup de groupes n'ont pas.

Michelle Roy ajoute :

Le tout a l'air d'un gâteau qu'on se partage, chacun tire son bout de la couverture. Mais ce n'était pas du tout la conception que les groupes de femmes avaient. On ne s'est pas vu comme voulant une part du gâteau, mais plutôt comme des groupes qui travaillaient activement avec des femmes pour améliorer leur santé physique et mentale et qui voulaient que notre action, que nos résultats soient reconnus. Maintenant, on a l'air de vouloir se partager un budget, de se partager une clientèle.

Cette préoccupation renvoie au questionnement sur la volonté du gouvernement de soumettre les groupes de femmes et les groupes communautaires à une logique de complémentarité, d'intégration technocratique, voire à une logique, déjà vécue dans l'histoire de l'action sociale, de cannibalisation des initiatives du milieu. Dans le fond, ne cherche-t-on pas à tout intégrer dans un grand réseau public et semi-public où tout est très structuré, avec une approche par programme, autant en santé mentale que dans d'autres dossiers ?

Par ailleurs, Françoise David considère que :

Tant que ce gouvernement n'aura pas décidé d'investir véritablement dans la prévention (ça pourrait être entre autre d'investir dans les centres de femmes d'ailleurs...), je pense qu'il n'y a rien qui va changer. Ce ne sont pas les changements organisationnels qui font qu'il y a des changements sur le plan des valeurs, ou sur le plan des approches en terme d'intervention.

Ce n'est pas parce que les CRSSS ou les régions vont prendre en main les affaires qu'on va être assuré d'avoir de l'innovation, du travail sur de nouvelles problématiques, des services mieux organisés, plus pertinents et traversés par une analyse féministe.

Il ne faut cependant pas penser que les analyses et les pratiques du mouvement féministe dans le domaine de la santé mentale ne s'épuisent que dans les formes d'institutionnalisation déficientes proposées. La dynamique d'action sociale des groupes de femmes, entre autres, perdure. Les initiatives sur les nouvelles problématiques comme l'obsession de la minceur, la dépendance affective ou l'isolement social font leur chemin. En effet, le mouvement des femmes a exercé un grand « leadership » dans ce domaine, au point où ses analyses et ses pratiques sont reprises dans les CLSC et dans la programmation de l'éducation aux adultes offerte par les commissions scolaires. Et même si la politique de santé mentale faillit à sa tâche de tenir compte de la spécificité des femmes, il est clair qu'à certains égards le gouvernement devra composer avec l'existence des alternatives féministes (et autres) comme acteur social reconnu. Averti comme il l'est des enjeux de la politique sociale, le mouvement des femmes peut profiter de certaines formes de reconnaissance pour mettre plus de pression sur le gouvernement et sur le système de soins. Il est encore temps de négocier la place du point de vue des femmes dans les réalignements des politiques sociales. Chose certaine cependant, les femmes ne sauront troquer l'autonomie et la radicalité de leurs initiatives.

Pour ce qui est de la politique en santé mentale, nous émettons des réserves conséquemment aux trois prémisses « abusives » dénoncées plus haut : l'occultation des différences du sexe et du genre ; la tendance « naturaliste » face aux bienfaits de la famille ; et un partenariat tronqué avec les groupes de femmes. Nous mettons donc un bémol sur l'enthousiasme suscité par une première lecture. Pour l'avenir, une vigilance à toute épreuve reste à l'ordre du jour.

Notes

1. Corporation du Centre de Santé Mentale Communautaire de Montréal (1980), *La femmes et la folie*, Montréal, G.R.A.F.S. (1983), *Nous, notre santé, notre pouvoir*, Éditions St-Martin, Montréal.
2. Cette recherche porte en partie sur les facteurs qui amènent des personnes, principalement des femmes, à assumer le travail de prise en charge. Je la mène en collaboration avec Pierre Maheu. Elle est financée par Santé Bien-Être Social Canada.
3. L'intervention non sexiste n'est pas féministe en soi, se limitant à dénoncer les stéréotypes de la masculinité et de la féminité. Elle fait partie d'un courant plus général de dépistage des attitudes et comportements sexistes dans les sciences sociales, très présents à l'époque. Au moment des colloques, la thérapie ou l'intervention féministe se constituait lentement autour de la prémisse suivante : « les racines de l'inégalité entre les sexes et de l'infériorisation des femmes sont sociales et non biologiques ou naturelles ». Ce qui amène certaines intervenantes à dire que « cette intervention apporte conséquemment une perspective socio-politique des problèmes vécus par les femmes. Il en résulte qu'elle vise le changement social autant qu'individuel. » Cette perspective la distingue des interventions non sexistes (Groupe de recherche sur l'intervention féministe, 1983, texte miméo).

4. Pour plus d'information sur le développement de l'intervention et les pratiques féministes, voir l'article de M. Bourgon et C. Corbeil dans ce numéro.
5. Le concept de différence de genre fait référence aux différences qui sont socialement construites et qui donnent lieu à la féminité et la masculinité, tandis que le concept de différences sexuelles fait référence aux différences biologiques entre mâle et femelle.
6. Voir, entre autres, Brunet, D., 1985 ; Sirard, G. et al., 1986 ; Cantor, 1983 ; Chartrand et al., 1984 ; Hatfield ; 1978 ; Demers, 1987 ; Politique d'aide aux femmes violentées, 1985 ; McLeod, 1987.
7. À ce point, j'aimerais faire une distinction entre l'appareil « politique » et les employées des services du MSSS. Ma critique porte sur l'absence de volonté politique de véritablement instaurer l'intervention féministe à l'intérieur du réseau des affaires sociales. Par ailleurs, certaines personnes à l'intérieur du MSSS ont travaillé d'arrache-pied pour assurer que la formation en intervention féministe puisse se donner et qui continuent à faire des pressions dans ce sens... Il faut aussi signaler que la politique d'aide aux femmes violentées endossait l'approche féministe et a donné lieu à un vaste programme de formation en intervention féministe. Cela rend d'autant plus curieux le silence sur cette approche dans la politique de santé mentale.
8. Bien sûr, « la famille » n'existe pas et il serait plus juste de parler des familles. Quand je me réfère à la politique qui utilise le terme « la famille », je le reprends comme tel. J'utilise aussi ce terme quand je fais référence au concept idéologique. À d'autres moments j'essaie d'utiliser le terme « des familles ».
9. La vaste majorité des études confirment que ce sont les femmes dans les familles qui assument la prise en charge. Voir entre autres Guberman et al., 1987b ; Brody, 1985 ; Cantor, 1983.
10. Parmi ces études, citons : Brown et. al., 1962 ; Mueller, 1978 ; Dorvil, 1986 ; Tousignant, 1987.
11. Voir entre autres les positions de la Maison St-Jacques (Cossette, 1989) et de l'R des Centres de femmes (David, 1989).

Références

- BARRETT, M., McINTOSH, M., 1982, *The Anti-Social Family*, Verso, London.
- BRODY, E., 1985, Parent care as normative family stress, *Gerontologist*, 25, n° 1, 19-29.
- BROVERMAN et. al., 1970, Sex-role stereotypes and clinical judgments of mental health, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 34, 1-7.
- BRUNET, D., 1985, *Les maladies refuges*, Éditions Primeur, Montréal.
- CANTOR, M.H., 1983, Strain among caregivers : A study of experience in the United States, *Gerontologist*, 23, n° 6, 597-604.
- CHARTRAND et. al., 1984, *Impact de la maladie mentale sur la famille*, AQPAM, Montréal.
- CHERLER, P., 1972, *Women and Madness*, Avon, New York.
- Conseil du statut de la femme, 1987, *Mémoire présenté à la commission parlementaire des affaires sociales sur le projet de politique de santé mentale pour le Québec*, Québec, texte miméo.
- CORBEIL, C. et al., 1983, *L'intervention féministe : l'alternative des femmes au sexisme en thérapie*, Éditions St-Martin, Montréal.
- CORBEIL, J., 1979, Les paramètres d'une théorie féministe de la psychothérapie, *Santé mentale au Québec*, IV, n° 2, 63-87.
- COSSETTE, D., 1989, *Du Patriarcat au Partenariat*, Maison St. Jacques, Montréal texte miméo.

- DANDURAND, R., ST-JEAN, L., 1986, La nouvelle monoparentalité comme révélateur des contradictions familiales, *La morphologie sociale en mutation au Québec*, Cahiers de l'ACFAS, Montréal.
- DAVID, F., 1989, *Les Centres de femmes : D'abord un projet féministe*, Montréal, texte miméo.
- DE KONINCK, M. et al., 1983, *Essai sur la santé des femmes*, Québec, Gouvernement du Québec.
- DEMERS, A., 1987, *Programme de consultation d'experts : Dossier « Femmes »*, Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, Québec.
- DOLL, W., Family coping with the mentally ill. An unanticipated problem of deinstitutionalization, *Hospital and Community Psychiatry*, 273, 183-85.
- DORVIL, H., 1986, *Les patients-es qui activent la porte tournante : étude clinique et socio-démographique d'une clientèle majeure à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine*, Hôpital Louis-H. Lafontaine, Centre de recherche psychiatrique, 94.
- G.R.A.F.S., 1983, Présentation, *Nous, notre santé, nos pouvoirs*, Éditions St-Martin, Montréal.
- GREENSPAN, M., 1983, *A New Approach to Women and Therapy*, McGraw-Hill, New York.
- GUBERMAN, N., 1989, « La prise en charge familiale : de l'amour ou devoir », Actes du colloque *Du privé au politique : la maternité et le travail des femmes comme enjeux des rapports de sexes*, Congrès de l'ACFAS, Mars, 1989, Montréal, (à paraître).
- GUBERMAN, N., 1987a, Discours de responsabilisation de la famille et retrait de l'État-providence, Dandurand, R., ed., *Couples et Parents des années quatre-vingt*, *Questions de culture*, IQRC, Québec.
- GUBERMAN, N., et al., 1987b, *Amour, Bain et Comprimé ou l'ABC de la désinstitutionnalisation*, Gouvernement du Québec, Québec.
- GUERTIN, M., 1980, Étapes de vie, rôles de femmes et folie, synthèse des ateliers, *Les femmes et la folie*, Corporation du Centre de Santé Mentale Communautaire de Montréal, Montréal.
- GUYON, L. et al., 1980, *Va te faire soigner, t'es malade*, Stanké, Montréal.
- HATFIELD, A.B., 1978, Psychological costs of schizophrenia to the family, *Social Work*, 23, 355-359.
- HURTIG, M.C., 1986, *La différence des sexes*, Éditions Tierce, traduit de l'américain, *The Psychology of Sex Difference*, 1974.
- LAMARRE, S., 1980, Manifestations de la folie, synthèse des ateliers, *Les Femmes et la Folie*, Corporation du Centre de Santé Mentale Communautaire de Montréal, Montréal.
- LAMOUREUX, J., LESEMAN, F., 1988, *Les filières d'action sociale*, rapport soumis à la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, Les publications de Québec.
- MILLER, J.B., 1976, *Toward a New Psychology of Women*, Beacon, Boston.

- Ministère des affaires sociales, 1985, *Une politique d'aide aux femmes violentées*, Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1989, *Politique de santé mentale*, Gouvernement du Québec.
- NEMIROFF, G., 1980, Les intervenantes face à la folie, synthèse des ateliers, *Les Femmes et la Folie*, Corporation du Centre de Santé Mentale Communautaire de Montréal.
- PENFOLD, P.S., WALKER, G.A., 1983, *Women and the psychiatric paradox*, Eden Press, Montréal, London.
- Revue canadienne de Santé mentale communautaire, 1986, Les femmes et la santé mentale, 5, n° 2, automne.
- Santé mentale au Québec*, 1979, IV, n° 2.
- SIRARD, G. et. al., 1986, *Des mères seules, seules, seules*, Les Entreprises Berga Inc., Montréal.
- SMITH, D., DAVID, S., 1975, *Women Look at Psychiatry*, Press Gang Publishers, Vancouver.

Summary

This article analyzes Québec mental health policy from a feminist point of view. The critique focuses on the decyphering of three tacit premises that the author describes as wanting. On the base of these premises, the author argues that the policy avoids differences in sex and in gender role and their impact on mental health/disorders, that it belongs to a « naturalist » trend that wants to benefit families through the social integration of psychiatrized patients, and that it offers a scuttled partnership with women's groups. The author concludes by pointing out the policy's limits and dangers for women and women's groups, and by raising the issue of the relationship feminist services maintain with the State.